



فرم اعلام خسارت در بیمه های مسئولیت و طرح مخصوص

بیمه ایران

بدینوسیله اینجانب شخص / شرکت دارنده بیمه نامه مسئولیت به شماره

از شعبه حادثه با مشخصات ذیل را گزارش و اعلام می نمائیم :

نوع حادثه : ☐ مالی ☐ جانی

شرح حادثه :

تاریخ وقوع حادثه : نشانی کامل محل وقوع حادثه :

اسامی زیاندیدگان :

1 (مشخصات مصدوم یا مصدومین حادثه :

2 (صاحب یا صاحبان کالا و اموال آسیب دیده :

شماره تلفن تماس فوری :

مدارک خسارتی ضمیمه :

(چنانچه مدارکی در خصوص خسارت دارید ضمیمه نموده و ذکر نمائید)

تاریخ :

امضای بیمه گذار - زیاندرنده

این اعلام خسارت در دفتر بیمه ایران اندیکاتور شرکت بیمه به شماره به تاریخ ثبت گردیده است.

شرکت سهامی بیمه ایران

واحد

بیمه گذار / زیاندرنده محترم

اعلام خسارت شما در تاریخ دریافت گردیده و به شماره در دفتر ثبت گردیده است و تا یک هفته از تاریخ

دریافت نسبت به انجام کارشناسی اقدام خواهد شد.

شرکت سهامی بیمه ایران

واحد